

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Paul ARNOULD

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 6 Janvier 1905, à Paris (Seine)

**ASPECT PSEUDO-TUBERCULEUX
DES SUPPURATIONS PULMONAIRES
GANGRÉNEUSES SUBAIGÜES**

Président : M. Léon BERNARD, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1930

Année 1930

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Paul ARNOULD

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 6 Janvier 1905, à Paris (Seine)

**ASPECT PSEUDO-TUBERCULEUX
DES SUPPURATIONS PULMONAIRES
GANGRÉNEUSES SUBAIGÜES**

Président : M. Léon BERNARD, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNE

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1930

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON
	ACHARD
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DEL BET
	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVLLAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

II. -- AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
BIET	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
	Dermatologie et syphiligraphie.
SÉZARY	Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	Obstétrique.
VAUDESCAL	Ophthalmologie.
VELTER	Histologie.
VERNE	Obstétrique.
VIGNES	

III. — AGREGÉS RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
BUSQUET.....	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

MM.	
ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique obstétricale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
METZGER	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRESIDENT DE THESE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD,

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse et qui a bien voulu me permettre d'en recueillir les observations cliniques dans son service, qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de toute ma reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX :

LE PROFESSEUR LEJARS.

LE PROFESSEUR VIDAL.

LE DOCTEUR GRENET.

LE DOCTEUR ROBINEAU.

LE DOCTEUR LE NOIR.

LE DOCTEUR DE JONG.

LE PROFESSEUR BEZANÇON.

LE DOCTEUR E. BERNARD.

LE PROFESSEUR COUVELAIRE.

LE DOCTEUR COMTE.

LE DOCTEUR PELLISSIER.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Ce modeste travail a pour but de montrer que certaines gangrènes pulmonaires subaiguës revêtent pendant un certain temps, l'aspect de la tuberculose pulmonaire, tant au point de vue clinique qu'au point de vue radiologique.

Mais, avant de développer ce point, nous nous permettrons de rappeler rapidement les étapes parcourues dans la classification des suppurations pulmonaires. Celles-ci étaient représentées autrefois par les abcès et par la gangrène.

Jadis les abcès pulmonaires étaient considérés comme extrêmement rares. « Il n'y a pas, disait Laënnec, de lésions organiques plus rares qu'une véritable collection de pus dans le tissu pulmonaire ».

Cette méconnaissance des abcès pulmonaires est soulignée par ce fait qu'on n'en trouve que des descriptions extrêmement sommaires dans les grands traités classiques de Charcot, Bouchard et Brissaud, de Brouardel et Gilbert.

D'autre part, les seuls abcès décrits étaient des abcès d'évolution aiguë, relevant de trois types : pyémiques, broncho-pneumoniques et pneumocœciques.

Un autre type de suppuration pulmonaire était réalisé par la gangrène pulmonaire.

Mais, là encore, les classiques (Bucquoy) ne décrivaient que des gangrènes aiguës de type pneumonique ou pleural.

Ainsi donc, jusqu'aux travaux modernes, les suppurations pulmonaires n'étaient représentées que par des affections évoluant sur un mode grave et rapide, gangrène ou abcès, et les vomiques avaient comme cause principale, non pas tant une suppuration pulmonaire qu'une suppuration pleurale enkystée représentée par la pleurésie interlobaire.

Les travaux modernes, dont on trouvera la liste au chapitre consacré à la bibliographie, ont pour une part modifié ces notions et pour une autre part ont singulièrement élargi le cadre des suppurations pulmonaires.

Tout d'abord, les auteurs modernes sont tous d'accord pour signaler la rareté de la pleurésie interlobaire et pour dire que les cas étiquetés ainsi représentent en réalité des abcès juxta-scissuraux.

Ensuite, le cadre des suppurations pulmonaires s'est singulièrement élargi.

Au point de vue gangrène tout d'abord.

En effet, à côté des formes aiguës classiques, on décrit maintenant comme beaucoup plus fréquentes des gangrènes subaiguës.

Soit qu'il s'agisse d'une gangrène aiguë passée à la chronicité, soit que plutôt il s'agisse de formes subaiguës trainantes d'une seule tenue ; en outre, les auteurs

modernes insistent sur la gangrénisation de cavités parenchymateuses ou bronchitiques préformées.

Gangrénisation du abcès du poumon, d'une dilatation des bronches, d'une caverne tuberculeuse, etc.

Au point de vue des abcès pulmonaires, les idées ont également changé.

Au point de vue étiologique, les modernes ont montré que les abcès sont au moins aussi souvent d'origine secondaire que primitive.

C'est ainsi qu'à côté des abcès pneumoniques, broncho-pneumoniques, septicémiques, on décrit des abcès plus nombreux d'origine rhino-pharyngée, abdomino-pelvienne. « Les atteintes chroniques du poumon et des bronches jouent en comparaison de ces facteurs un rôle insignifiant ». « Kourilsky ».

D'autre part, à côté des abcès aigus, les modernes ont montré l'existence d'abcès chroniques très nombreux.

Nous arrivons en ce moment à ce point très délicat de la question des suppurations pulmonaires.

Encore actuellement, on admet par définition, que les suppurations pulmonaires du type gangréneux sont fétides ou putrides, et que les autres suppurations représentées par les abcès ne le sont pas.

Si l'on prend les cas extrêmes cette proposition est vraie, mais il faut savoir que :

1° Certaines gangrènes ne présentent qu'une fétidité à éclipses ;

2° Certains abcès se « gangrénisent » définitivement ou temporairement.

Aussi voyons-nous apparaître une classe intermédiaire de suppuration pulmonaire des abcès gangréneux.

Aussi voyons-nous Kourilsky conclure ainsi :

« Il est très difficile de déterminer si les suppurations chroniques circonscrites fétides sont des abcès ou des gangrènes.

« Sur le terrain anatomique, l'origine gangréneuse primitive est indubitable dans un certain nombre de cas.

« Sur le terrain clinique, l'assimilation des foyers fétides chroniques fixés aux abcès pulmonaires est tout à fait justifiée et la description des « abcès putrides » comme forme clinique des abcès pulmonaires est logique, car aucun de leurs caractères ne rappelle réellement la gangrène. Le terme d'abcès convient au contraire admirablement pour désigner l'évolution clinique de ces formes.

« Sur le terrain étiologique, il est encore prématuré, croyons-nous, d'attribuer à une origine spirillaire tout à fait distincte des gangrènes aiguës, « les abcès fétides ».

« Mais il faut avoir le courage de reconnaître qu'il serait imprudent de trancher la question à l'heure actuelle, et il faut savoir attendre des données anatomiques et bactériologiques nouvelles qui éclaireront peut-être sur l'origine exacte de ces suppurations chroniques. »

Ceci étant posé, nous appelons les suppurations chroniques pulmonaires que nous allons décrire : « gangrène subaiguë pulmonaire », simplement parce que la fétidité, signe fondamental de la gangrène pour les classiques, est apparue somme toute précocement.

Mais le but de ce travail est de montrer que certaines

gangrènes subaiguës revêtent cliniquement et radiologiquement le masque de la tuberculose.

Nous ne connaissons que ces observations inédites, recueillies dans le service du professeur Léon Bernard, où ce fait soit nettement signalé.

II. — FAITS CLINIQUES.

La première observation concerne un jeune homme de vingt-deux ans, M. L. I., maroquinier.

Son cas fut l'objet de nombreuses observations, puisqu'il séjourna dans le service à trois reprises différentes dans les années 1927, 1928 et 1929.

Il se présenta pour la première fois au dispensaire Léon Bourgeois, le 18 mars 1927. Il venait consulter parce qu'il crachait et toussait beaucoup.

Le début de son affection remontait au mois de décembre 1926. A cette époque, il se sentit très fatigué et maigrit beaucoup.

En janvier 1927, de nouveaux symptômes apparurent. Le malade accusa des douleurs thoraciques du côté gauche, douleurs intermittentes, du reste. En même temps apparut la toux, toux à maximum nocturne, empêchant le sommeil. Cette toux provoquait une expectoration fétide. Mais, rapidement, l'haleine elle-même devint fétide.

Ce n'est qu'au mois de mars que le malade s'inquiéta réellement de son état. C'est que des hémoptysies de moyenne abondance venaient de se produire.

Le malade fut hospitalisé à la Pitié du 10 au 18 mars. Pendant son séjour à l'hôpital, la fétidité de

l'haleine et des crachats avait disparu. Mais, dès le début d'avril, elle réapparaissait.

Le malade, lorsqu'il se présenta au dispensaire, accusait un amaigrissement de 6 à 7 kilos, de la dyspnée, des sueurs nocturnes. Il toussait et crachait considérablement.

Examen du 18 mars 1927.

La percussion de l'hémithorax droit donne une submatité du sommet. A ce niveau, aussi bien en avant qu'en arrière, l'auscultation montrait qu'au-dessus d'une zone où la respiration était fortement diminuée, existaient des râles bulbeux.

Un cliché montrait (32079) :

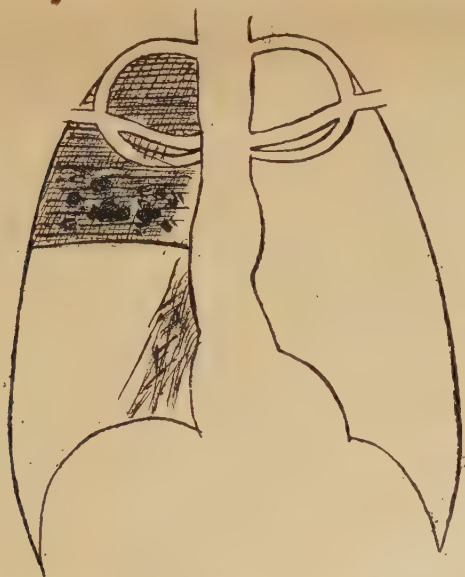


Fig. 1. — Image typique de lobite supérieure droite expliquant l'erreur avec la tuberculose

A droite. — Les deux tiers du poumon sont obscurcis par des taches de moins en moins homogènes à mesure que l'on descend. Une ligne scissurale barre ce foyer de taches. Audessous de cette ligne, on note encore quelques taches. L'image hilare est foncée et arborescente.

A gauche. — Strictement normal.

La conclusion de l'examen fut : tuberculose lobaire supérieure droite excavée.

Premier séjour.

Le malade entre, salle Hanot, n° 2, le 16 avril 1927.

L'haleine étant fétide, une énergique sérothérapie antigangréneuse est instituée, qui sera continuée de longues semaines. A ce moment, l'état général laisse beaucoup à désirer. Le malade, très amaigri, ne pèse que 55 kilos. Il présente en outre, les premiers jours de son séjour à l'hôpital, une température irrégulière, s'élevant parfois jusqu'à 39°,5.

On emploie du sérum anti-œdémateux,

—	—	—	perpringens,
—	—	—	histolims.
—	—	—	vibrion septique,
—	—	—	streptocoque.

Le 21 avril, injection de 40 cm³.

Le 22 — — 60 —

Le 24 — — 50 —

En même temps, le malade reçoit de l'adrénaline.

Le 25 avril, la fétidité de l'haleine a disparu. Alors que, précédemment, il y avait trois ou quatre bouffées fétides par jour.

Les jours suivants, la sérothérapie est continuée à dose de 50 cm³ tous les deux jours. Mais, le 29 avril et les jours suivants, apparaissent quelques accidents sérieux caractérisés par des érythèmes des membres accompagnés d'une légère élévation thermique.

Ajoutons que, pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, le malade ne présenta jamais de bacille de Koch dans ses expectorations, alors que la culture des crachats en milieu anaérobie avait montré la présence de streptocoque, de staphylocoque, de perfringens et de ramosus.

Le 2 mai, l'état général du malade étant un peu meilleur, un examen complet fut pratiqué, qui ne révéla de lésions qu'au niveau des poumons.

A droite :

En arrière. — Matité dans les fosses sus et sous-épineuses, exagération des vibrations, respiration très diminuée. Quelques râles bulbeux fins, discrets, à timbre très sourd.

En avant. — Matité et syndrome cavitairé sous la clavicule droite.

Après la toux, souffle et gargouillement.

Un examen radioscopique rapide permet de noter qu'une opacité masque tout le lobe supérieur droit. Opacité uniforme au-dessus de la clavicule, présentant un aspect spongieux au-dessous de la clavicule.

Le 11 mai, un nouvel examen du pounnon est pratiqué. La disparition de la fétidité se maintient. On note une grosse amélioration des signes physiques.

Sous la clavicule droite, submatité légère, respiration forte, avec, dans un espace limité, grand comme une paume de main, situé à mi-chemin entre le mamelon et la clavicule, un souffle aux deux temps avec retentissement de la toux et quelques petits bruits adventices. A ce niveau, broncho-égophonie.

En arrière, submatité légère dans la fosse sus-épineuse. Respiration forte et rude avec quelques râles fins augmentés par la toux.

Dans l'aisselle, respiration forte et rude. Pas de bruits adventices.

Un cliché en date du 15 mai (33012) montre :

Champ pulmonaire droit.

Le sommet est éclairci. On note encore sur quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule des taches, comme précédemment.

Sur les deux travers de doigt supérieurs, elles ont un aspect en mie de pain.

Sur les deux travers de doigt inférieurs, elles sont agglomérées en un foyer dense à limite scissurale nette.

Pour le reste, aucune modification.

Du 15 mai au 5 juin, époque à laquelle fut fait un nouveau cliché, l'état général s'améliore considérablement. Le poids, en particulier, passe de 55 kilos à 61.

La sérothérapie est néanmoins continuée, à la dose

de 60 cm³ tous les deux jours. Elle ne cessera, du reste, que le 11 juillet.

Les examens de crachats montrent toujours l'absence de bacilles de Koch. Mais les autres microbes se retrouveront longtemps.

Le 13 mai, on ne trouve qu'un spirille par champ.

Le 18 mai, les spirilles ont disparu.

Le 15 juin, on note la présence des nombreux anaérobies. Par contre, les spirilles sont peu abondants. Ils se présentent sous deux types :

Les uns à larges tours de spires ;

Les autres plus longs, à petites spires nombreuses.

Un troisième cliché est fait le 5 juin 1927 (33370).

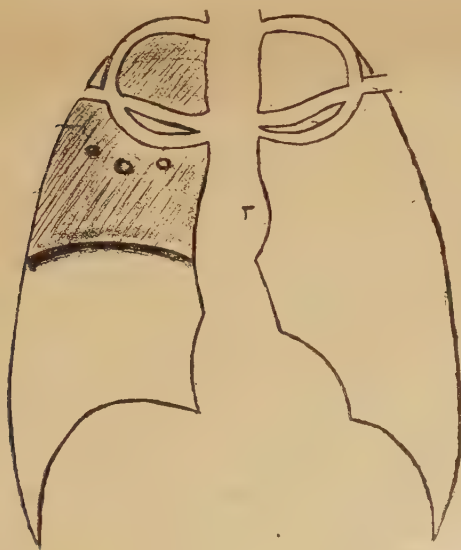


Fig. 2. — Rétrocession notable des images spelonculaires en pleine lobite

Champ pulmonaire droit.

Le sommet est encore éclairci. Peut-être y voit-on une ou deux petites taches en grain de plomb.

Entre la clavicule et le hile, le même foyer se retrouve, mais :

1° Sur deux travers de doigt au-dessous de la clavicule, éclaircissement notable. Il reste cependant des taches en mie de pain, mais avec un aspect moins marqué que sur le cliché précédent.

Sur les deux travers de doigt inférieurs, l'image s'est également éclaircie, surtout contre le bord droit de l'ombre aortique ;

2° Pour le restant des champs pulmonaires, rien de nouveau à signaler, si ce n'est des ombres hilaires marquées, avec taches calcifiées ;

3° Il faut également noter qu'à aucun moment on n'a observé d'aspect lacunaire.

Entre le 15 et le 20 juin, le malade fait une petite rechûte. Il tousse de nouveau, présente quelques hémoptysies, du reste minimes, en même temps que la fièvre réapparaît, ainsi que la fétidité de l'haleine et des crachats.

Les mêmes phénomènes se produisent dans la première quinzaine du mois de juillet.

La sérothérapie est arrêtée le 11 juillet. A cette date, le malade a reçu 2.120 cm³ de sérum.

Le 15 juillet, commence une série de piqûres jour-

nalières d'auto-vaccin qui durera jusqu'au 1^{er} août. Le malade en reçoit 10 cm³.

Il quitte le service le 20 août, présentant à cette date un excellent état général.

Sa dernière radiographie, faite après injection de lipiodol, ne montre plus qu'une ombre sous-claviculaire droite homogène, à base axillaire, à limite inférieure nette sussurale.

Après un mois de vacances à Lens, le malade revient au dispensaire Léon-Bourgeois le 17 septembre 1927, parce que, depuis huit jours, il tousse et crache, mais sans présenter la moindre fétidité de l'haleine ou de l'expectoration.

La température est de 37°,3.

On note :

En arrière. — Dans la fosse sus-épineuse : matité, respiration soufflante, quelques crépitations.

En avant. — Sous la clavicule : matité, expiration prolongée, soufflante. Quelques crépitations après la toux.

Un cliché montre :

A droite. — **Image** lobaire comme précédemment, à limite **scissurale** nette, mais cette image n'occupe qu'un triangle juxta-pariétal, et la partie supéro-interne du lobe claire. Au-dessous, image hilare chargée.

A gauche. — Normal.

Le 24 novembre 1927, le malade revient de nouveau

au dispensaire parce qu'il tousse, présente une expectoration fétide, et maigrit.

Deuxième séjour à l'hôpital.

Le malade entre de nouveau salle Hanot le 14 décembre 1927. Il ne s'est pas remis des deux petites poussées des mois de septembre et de novembre. Il présente de nouveau des points de côté et a maigri de 3 kilos.

Un examen à l'entrée montre un homme amaigri (54 kilos), toussant beaucoup, surtout la nuit et le matin, présentant une expectoration matinale épaisse blanchâtre. Il présente des sueurs nocturnes. Son haleine présente parfois l'odeur de la bière.

Un examen radioscopique montre :

Champ pulmonaire gauche radioscopiquement normal. Densification du lobe supérieur droit avec parties un peu plus claires dessinant vaguement de l'aspect en « mie de pain ». Rétraction très modérée de la trachée. L'interlobe est relativement bas situé. Phénomène du feston juxta-cardiaque.

L'examen du thorax révèle un syndrome cavitairesous-claviculaire.

Deux examens de crachats furent pratiqués.

Le 30 décembre 1927, on note :

A l'examen direct. — Très nombreux germes variés avec pneumocoques fusiformes abondants, quelques spirielles cocci et bacilles variés.

Culture :

Aérobies : pneumocoques, staphylocoques
blancs, catarrhalis.

Anaéromies : en cours.

Le 12 janvier 1928, assez nombreuses colonies de streptocoques, staphylocoques, et un bacille gram. positif, non sporulé, à l'identification.

Entre le 28 décembre et le 31 janvier, il reçut 20 cm³ d'auto-vaccin.

En même temps que l'état général et local s'améliorait considérablement, le poids passa de 54 kg. 500 à 60 kilos le 31 janvier.

Jusqu'au 6 mars, l'état général se maintient excellent ; le poids monte jusqu'à 61 kilos.

Un cliché en date du 22 février (38257) montre :

Champ pulmonaire droit :

Notable rétraction costale et légère rétraction cardio-aortique. Légère rétraction costale supérieure.

Le lobe supérieur est occupé par un foyer sombre. La partie supérieure de ce foyer s'est éclaircie par rapport aux images antérieures. La partie inférieure du foyer affecte la forme d'une bande haute de trois travers de doigt, étendue de la paroi axillaire au hile. La limite inférieure scissurale est d'une grande netteté.

Le reste des deux champs pulmonaires est parfaitement normal.

Dans la deuxième semaine de mars, la toux réap-

paraît, entraînant une expectoration abondante. On décide de pratiquer un pneumothorax du côté droit.

Quatre injections d'air furent pratiquées, les 6, 9, 12 et 17 mars. La température, qui atteignait et dépassait par moment 38° , ne redevint subnormale que dans les premiers jours d'avril.

Un examen radioscopique en date du 14 mai montre :

Absence complète de décollement au sommet.

Expansion inspiratoire du moignon.



Fig. 3. — Effacement presque complet de tous signes radiologiques

Les résultats de ce pneumothorax furent assez peu concluants parce que, à partir du 6 avril, la température remonte, atteignant par moment 40° .

La fétidité des crachats augmente.

Le poids diminue.

Aussi abandonne-t-on rapidement le pneumothorax.

Cette poussée ne fut jugulée qu'au début de mai, à la suite d'injections d'auto-vaccin pratiquées tous les deux jours à la dose de 1 cm³, du 17 avril au 22 mai.

Cette poussée, pendant laquelle de nombreux anaérobies furent trouvés dans l'expectoration, détermina une chute de poids d'environ 10 kilos.

Le malade quitta l'hôpital le 9 juin 1928. La fétidité de l'haleine et des crachats avait disparu. Le poids était de 55 kilos.

Troisième séjour à l'hôpital

Le malade entre à nouveau à l'hôpital Laënnec le 22 janvier 1929.

A la suite d'un refroidissement, le malade, qui, depuis sa précédente sortie de l'hôpital, n'avait jamais présenté de température, présente de la fièvre (38°). La toux et l'expectoration, qui jusqu'alors étaient peu fréquentes et inodores, reprennent.

La toux, facile, survient plus facilement le matin. L'expectoration et l'haleine redeviennent fétides. Le malade, qui pesait à sa sortie de l'hôpital, en juin 1928, 62 kilos, n'en pèse plus que 56.

A cet amaigrissement s'ajoute une légère asthénie, sans perte de l'appétit.

Une radioscopie en date du 23 janvier 1929 montre :
Champ pulmonaire gauche à vérifier sur un cliché.

Rétraction de la trachée et des côtes à droite.

Le lobe supérieur droit est assombri, à limite inférieure scissurale.



Fig. 4. -- Réapparition de signes radiologiques d'excavations avec notamment une image d'abcès à la base

Au moment de la toux, une vaste spéléomorphie transparait à la base du lobe supérieur droit.

Riche densification le long de la bronche droite inférieure. Cette densification s'étend jusqu'au sinus, qui est foncé.

A la partie interne de la base, se dessine une

cavité de 4 cm. de diamètre. Le bas de cette cavité contient du liquide.

De profil, la cavité se projette un ou deux centimètres en avant de la paroi postérieure du thorax.

Ainsi donc, sans grands phénomènes, une nouvelle excavation s'est formée dans le parenchyme pulmonaire.

A cette date, l'examen de l'expectoration fournit les résultats suivants :

Flore microbienne banale extrêmement abondante, avec comme seule particularité la présence en quantité abondante d'éléments du type Pfeiffer.

Pas de spirilles, pas de bacilles de Koch, ni à l'examen direct, ni à l'homogénéisation.

Espèces anaérobies très nombreuses.

Depuis le 22 janvier, la température est tombée, oscillant au voisinage de 37°. L'expectoration a diminué. La fétidité légère de l'haleine a disparu.

Le 1^{er} février, le malade amorce une nouvelle poussée fébrile, atteignant 38°,9, sans autre phénomène.

Le 2 février, on commence une nouvelle série d'auto-pyovaccin, continuée de deux en deux jours jusqu'au 2 mars.

Le 20 février, la fièvre monte brusquement à 39°,5. Un point de côté à la base droite apparaît. Le malade, le lendemain matin, au milieu d'un effort de toux, rejette un plein crachoir de pus.

L'examen physique révèle, au niveau de la base

droite, en avant des signes cavitaires. Au niveau du sommet droit, on entend de nombreux râles bulleux.

Le malade présente en même temps de la dysphagie et de la rougeur diffuse du pharynx.

Le 23 février, les signes fonctionnels et généraux ont disparu.

Un examen radioscopique en date du 26 février montre :

Champ pulmonaire gauche radioscopiquement normal.

Diminution très modérée de la transparence du lobe supérieur droit, avec marbrures et limite supérieure nette.

Petite condensation autour des rameaux bronchiques inférieurs droits.

Un examen radioscopique fut encore pratiqué le 20 mai :

Rétraction de la trachée à droite. Rétraction des premières côtes droites.

Diminution de la transparence du lobe supérieur droit.

Aspect en « mie de pain » dans la zone assombrie.

Le reste du thorax est normal.

Le malade quitte l'hôpital le 23 mars. Depuis, nous avons eu de ses nouvelles. Malgré quelques petites poussées qui, du reste, vont en espaçant et ne l'ont point arrêté dans son travail, l'état général s'est toujours maintenu excellent.

En résumé, l'histoire est celle d'une affection à rechutes.

D'une part, on note l'apparition d'une véritable « lobite » supérieure droite, tantôt excavée, tantôt homogène, suivant les poussées de la maladie.

En outre, une deuxième excavation de la base droite se creuse et se répare avec la plus grande rapidité.

D'autre part, la fétidité n'est que temporaire. Elle va de pair avec les symptômes cliniques et radiologiques d'excavation pulmonaire.

Mais l'intérêt de cette observation réside en ce fait que, cliniquement et radiologiquement, l'histoire de ce malade est celle d'un tuberculeux pulmonaire.

Cliniquement, par l'apparition d'un syndrome cavitaires succédant à une phase où sont apparus des signes entièrement comparables à ceux de l'imprégnation tuberculeuse ;

Radiologiquement, par la production d'une image typique de lobite, caractérisée par une ombre d'abord homogène, puis excavée, et surtout à limite inférieure scissurale nette.

Seules, l'absence permanente de bacilles de Koch et la fétidité de l'haleine et des crachats permirent un diagnostic.

DEUXIEME OBSERVATION

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un homme âgé de quarante-cinq ans, tailleur, M. H...

Depuis plusieurs années, cet homme, qui auparavant ne fut jamais malade, présente des troubles pulmonaires étiquetés « bronchites chroniques », « congestions pulmonaires », les accidents survenant surtout en hiver.

Dans l'intervalle, le malade continue à tousser et à cracher abondamment, surtout le matin en se levant.

Le malade ne peut pas préciser le début de ces symptômes, apparus progressivement et s'accroissant d'année en année. Ces troubles, qui incommode le malade, ne retentissent pas sur l'état général et permettent une vie à peu près normale, sans interruption de travail.

Il faut cependant noter qu'en 1928 le malade a fait une petite hémoptysie, accompagnée d'une légère fétilité des crachats et de l'haleine, symptômes passagers auxquels le malade ne prête pas beaucoup d'attention.

Il y a sept mois, c'est-à-dire au début d'octobre 1929, le tableau clinique, jusque-là peu chargé, se modifie complètement.

La toux devient permanente, de plus en plus pénible.

Elle ramène une expectoration extrêmement abondante et fétide.

L'état général fléchit brusquement. Le malade, très fatigué, maigrit, présente des sueurs nocturnes. L'appétit a complètement disparu.

Forcé d'interrompre son travail, le malade entre, le 10 octobre 1929, à l'hôpital Broussais, où il va rester quatre mois, d'octobre à février 1930.

Pendant son séjour à l'hôpital, son état général ne fait que s'aggraver. Au mois de décembre, il présente une hémoptysie. Les recherches répétées de bacille de Koch restent négatives. Le 2 février 1930, le malade quitte l'hôpital Broussais.

Il vient consulter au dispensaire Léon-Bourgeois le 10 mars 1930.

a) On note une respiration diminuée aux deux bases.

Dans la région interscapulo-vertébrale gauche, on note :

Un souffle expiratoire ;

Des râles bulleux ;

Du retentissement de la toux.

b) Examen radioscopique :

A droite : Scoliose convexe à droite. Champ pulmonaire normalement clair. Visibilité anormale de l'arbre broncho-vasculaire inférieur.

A gauche : Forte rétraction costale. Attraction cardio-aortique. Dans la partie moyenne du poumon, diminution de transparence non homogène constituée par

des taches, des marbrures, limitant des plages plus claires. Le sinus se creuse mal. Diaphragme peu mobile.

c) Radiographie (14 mars 1930, 5589).

A droite : Transparence du champ pulmonaire parfaite. A signaler, quelques taches en grain de plomb au niveau du hile.

A gauche : Rétraction costale. Attraction du médiastin. Dans toute la partie moyenne du champ pulmonaire, diminution de transparence non homogène caracté-



Fig. 5.

lérisée par des trainées linéaires et des petites taches claires.

Le malade entre le lendemain à l'hôpital Laënnec. Examen à l'entrée.

On se trouve en présence d'un homme fatigué, cachectique, présentant un facies terreux d'infecté.

La température oscille entre 38° et 39°. La toux incessante, pénible, est provoquée par le moindre mouvement. Cette toux ramène une expectoration striée de sang, abondante, fétide, d'odeur sphacélique.

En outre, le malade se plaint de douleurs articulaires, principalement au niveau des genoux.

L'examen du poumon révèle dans la fosse sous-épineuse, l'existence d'une zone suburte où s'entendent un souffle inspiratoire rude et fort, des râles bulleux. On note, en outre, de la pectoriloquie aphone et du retentissement de la toux.

Un examen bactériologique des crachats, en date du 14 avril, montre :

L'absence de bacilles de Koch et de fuso-spirilles, la présence de nombreux anaérobies, poussant en gélose veillon.

Deux clichés furent faits. Le premier, en date du 20 mars, immédiatement après injection intra-brachéale de lipiodol.

On note :

Une rétraction de l'hémithorax gauche avec ascension de l'hémi-diaphragme de ce côté, réalisant une ébauche d'image de gastro-thorax.

Le médiastin et le cœur sont attirés du côté gauche.

Le champ pulmonaire droit est normal. Les bronches remplies de lipiodol paraissent très légèrement dilatées.

A noter, en regard du flanc droit de la cinquième vertèbre dorsale, une petite image en valvule.

Du côté gauche, au contraire, deux fosses lésions très différentes l'une de l'autre, attirent l'attention.

On note, d'autre part, une dilatation des bronches,

Se projetant sur le bord gauche de la quatrième vertèbre dorsale, on note une image transversale typi-



Fig. 6.

que en nid de pigeon longue d'environ 3 centimètres, haute à sa partie moyenne de 5 millimètres.

Ensuite, les bronches inférieures sont dilatées, mouiliformes; elles se projettent, les unes, devant le ventricule gauche, les autres en dehors du bord gauche du cœur.

Enfin, la deuxième lésion est constituée par une tache intercléido-hilaire, située le long de l'aisselle.

Cette tache est constituée de plages sombres à contours irréguliers et de zones plus claires. En certains points, l'aspect est celui de la « mie de pain ».

Une deuxième radiographie fut faite le 4 avril 1930.

On note à droite : A la petite inférieure du champ pulmonaire, des petites taches arrondies traduisant la persistance d'une petite quantité de lipiodol.

A gauche : le champ pulmonaire est assombri dans la presque totalité. Ces ombres sont de deux types :

Entre la clavicule et le hile, c'est une ombre arrondie non homogène.

A la partie inférieure du poumon, ce sont des traînées plus grises, dont le sommet est hilaire et dont la base est phrénique. Ces ombres traduisent la dilatation des bronches précédemment observée.

Par ailleurs, on ne note rien d'anormal au point de vue des appareils digestifs circulatoires et rénaux.

En résumé, nous pouvons distinguer deux périodes différentes dans l'histoire de ce malade :

1° Une longue période pendant laquelle le malade tousse, crache, présentant de petits épisodes aigus d'allure bronchitique. Pendant tout ce temps, l'état général reste bon. Tous signes faisant penser à une dilatation des bronches, le diagnostic fut vérifié par la radiographie lipiodolée ;

2° Une altération rapide de l'état général, donnant au malade un aspect tuberculeux. Cette chute de l'état

général coïncide avec la présence d'une expectoration sphacélique contenant de nombreux anaérobies. Ainsi, le diagnostic est porté d'une gangrène pulmonaire venue se greffer secondairement sur une ancienne dilatation des bronches pendant longtemps bien tolérée.

III. — DISCUSSION DES OBSERVATIONS

Ces deux observations présentent, à notre sens, plusieurs points intéressants.

Elles viennent, tout d'abord, confirmer des notions classiques :

1° L'existence de formes subaiguës de gangrène.

A vrai dire, la connaissance de ces formes n'est pas de date récente, puisque déjà les auteurs classiques avaient noté la possibilité, dans les formes graves pneumoniques, non seulement de guérison (à vrai dire, exceptionnelle), mais aussi de transformation :

Soit en formes subaiguës, où la maladie peut persister pendant des semaines et des mois avec des rémissions passagères ;

Soit en formes chroniques, où le sujet s'éteint peu à peu, sans avoir présenté de graves accidents, par le fait seul de la longue suppuration du poumon.

Mais il appartient aux modernes d'avoir montré la grande fréquence de ces formes. C'est depuis peu que l'on connaît réellement bien ces formes d'allure subaiguë. D'autre part, la curabilité fréquente des abcès gangréneux du poumon est de connaissance récente ;

2° L'existence de gangrène au voisinage de dilatactions bronchiques à distinguer de la gangrène développée aux dépens même de l'ectasie.

C'est Lasègue qui, le premier, insista sur la possibilité de gangrénisation des bronches dilatées.

Il montra, en outre, la curabilité de ces suppurations pulmonaires.

Mais là n'est pas l'intérêt de la question. Il réside dans les rapports qui existent entre ces deux affections.

Les modernes sont bien d'accord pour accorder une place importante aux abcès pulmonaires dans l'étiologie de la dilatation des bronches.

Or, dans notre observation n° 2, nous notons bien la coexistence d'un abcès pulmonaire et d'une dilatation des bronches. Mais dans ce cas, c'est la dilatation des bronches qui a précédé la formation de l'abcès.

3° Le caractère non pathognomonique des images radiographiques.

Cette notion a une importance générale fondamentale. Trop de radiologistes veulent poser un diagnostic sur une simple image radiographique. Les images réellement typiques et surtout en radiologie pulmonaire, sont rares. Et ceci surtout en matière d'images, à proprement parler, parenchymateuses.

En effet, dans l'observation n° 1, les images ressemblent, à s'y méprendre, aux images rencontrées dans la tuberculose pulmonaire.

L'image que l'on rencontre dans cette observation est celle de la lobite tuberculeuse, c'est-à-dire ombre homogène à limite inférieure nette avec secondairement apparition d'excavations.

Il n'est pas jusqu'à l'« aspect en mie de pain », décrit par Mantout et Maingot, qui puisse se rencontrer en

dehors de la tuberculose. Cet aspect est fréquemment noté dans notre observation.

Dans l'observation n° 2, l'image de l'abcès n'offre encore aucun caractère décisif.

C'est aussi bien une image de tuberculose qu'une image d'abcès.

Cette observation montre, en outre, que la classique image hydroaérique à double contour des abcès pulmonaires, n'est pas la seule que l'on puisse rencontrer dans ces formes de suppuration pulmonaire.

Ces notions doivent dominer les rapports qui existent entre la clinique et la radiographie. Elles permettront d'assigner aux rayons leur véritable rôle, de n'être qu'un adjuvant, toujours utile du reste, de la clinique ;

4° Nos observations radiographiques ont cependant un intérêt de premier ordre.

S'il n'existe pas chez différents malades, d'images réellement typiques, soit d'une tuberculose, soit d'une gangrène chez un même malade, par contre, les modifications rapides des images ont une valeur diagnostic absolue.

Ce n'est pas chez un tuberculeux que l'on peut observer le nettoyage rapide d'une « lobite » ou la disparition en quelques jours d'une caverne pulmonaire suivie quelque temps, d'une nouvelle image cavitaire.

La variabilité extrême des images est le seul signe réellement pathognomonique des abcès gangréneux subaigus.

5° Enfin, au point de vue bactériologique, ces observations montrent qu'on ne peut rapporter telle lésion

anatomique à tel germe bien défini, puisque la flore microbienne que l'on trouva renfermait et des fuso-spirilles et des anaérobies.

Enfin et surtout de nos observations ressort ce fait que les abcès gangréneux du poumon peuvent, tant au point de vue clinique qu'au point de vue radiographique, simuler de très près la tuberculose pulmonaire. Cette notion ne nous est jamais parue exprimée clairement dans les nombreuses publications que nous avons dépouillées. C'est pour cette raison que nous publions nos deux observations.

CONCLUSIONS

1° Le terme d'abcès gangréneux marque la difficulté que l'on éprouve dans de nombreux cas, à faire entrer certaines suppurations pulmonaires dans le cadre soit des abcès, soit des gangrènes ;

2° Les abcès gangréneux subaigus sont beaucoup plus fréquents que les auteurs anciens ne le signalaient ;

3° Leur mobilité est également plus fréquente ;

4° Certains abcès gangréneux simulent de très près la tuberculose pulmonaire, tant dans leurs aspects cliniques que dans leur figure radiologique. Leur diagnostic avant l'apparition de la fétidité repose sur :

L'absence de bacilles de Koch,

La variabilité extraordinaire de leurs aspects radiologiques.

Vu le Doyen :

ROGER.

Vu le Président :

LÉON BERNARD.

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Bien que nous n'ayons pas trouvé signalées les formes pseudo-tuberculeuses des gangrènes pulmonaires, nous dressons la liste des publications ayant trait aux abcès et aux suppurations pulmonaires depuis 1928. Les publications antérieures à cette date sont notées dans la thèse de Komelsky (Paris, 1928).

ABCES DU POUMON (Travaux depuis 1928)

Aicooli. — Traitement chirurgical des abcès pulmonaires dus à des corps étrangers. (Rev. méd., 2 mars 1929.)

Alessandri. — Contribution à l'étude du traitement des abcès pulmonaires gangréneux. (Revue du progrès thérapeutique, novembre 1929.)

Novantino Alves. — Abcesso agudo do pulmao e pneumothorax (Revista Mineira de medicina, n° III, août 1929.)

Bérard et Blanc. — Abcès du poulmon et abcès du cerveau. (Société des sciences médicales de Saint-Etienne, 5-2-1929.)

Bérard. — Société de chirurgie de Lyon, 31 mai 1928 : A propos du traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire.

E. Bernnard. — Sur l'évolution des abcès du poulmon. La semaine des hôpitaux de Paris. N° 1, 15-1-1929.

E. Bernard, Dreyfus, Desbucquois :

1° Abcès du poulmon post-opératoire. Streptocoques dans l'expectoration. Guérison spontanée. (Société médicale des hôpitaux, 20-1-1929) ;

2° Volumineux abcès streptococcique du poulmon. Septicémie. Abcès métastatiques. Guérison sans traitement spécial.

Etienne Bernard et Desbucquois. — Société médicale des hôpitaux, 4 mai 1928. Abcès du poulmon et spirochète.

- Beetmann.* — Abscès pulmonaire. Phrénectomie. Lobectomie au cautère. (Surgery chir. u am avril 1929.)
- Besançon et Jacquelin.* — Les grands abcès du poumon à pyogènes. (Paris médical, n° 7, 16-2-1929.)
- Bewen.* — Abscès du poumon. (Iowa state in soc. fév.-mars 1929.)
- Brulé.* — Les abcès du poumon et leur traitement par l'émétine. (Le concours médical, n° 41, 13 octobre 1929.)
- Brulé.* — Deux cas d'abcès pulmonaires non amibiens rapidement améliorés par le traitement éméтинien. (Soc. méd. des hôp., 31 mai 1929.)
- Cain et Urry.* — Un cas d'abcès pulmonaires multiples spontanément guéris. (Sem. méd. des hôp. de Paris, 30 novembre 1928, n° 18.)
- Carcassonne et Janicot.* — Un cas d'abcès pulmonaires. Pneumotomie. Guérison. (Société nationale de médecine et des sciences médicales, 6 novembre 1929.)
- Cassan.* — Evolution d'un abcès pulmonaire. Guérison spontanée. (Soc. méd. des hôp., 19 octobre 1928.)
- Ceccini et Ferri.* — Le traitement chirurgical de l'abcès du poumon. (Bulletino della Chirurgische Milan, avril-juin 1928.)
- Constantini.* — Trois cas d'abcès pulmonaires opérés. (Société de chirurgie d'Alger, 14-2-1929.)
- Connan et Bergouignan.* — Les abcès du poumon. (Gaz. des hôp., 1928, nos 57 et 59.)
- Creys.* — Abscès du poumon et pleurésie interlobaire. Quelques remarques sur leurs rapports et leur séméiologie physique. (Le concours médical, 9-2-1930.)
- Duruy.* — Le traitement des pleurésies purulentes par la peptonothérapie locale. (Thèse Paris, 1929.)
- Eloesser.* — Treatment of pulmonary abces. (Northwest med., octobre 1929.)
- Esbach.* — Abscès du poumon guéri par évolution spontanée. (Archives médico-chirurgicales de province, juin 1928.)
- Cottan.* — Evolution d'un abcès pulmonaire para-pneumonique. Guérison spontanée. (Soc. méd. des hôp., 19 octobre 1928.)
- Georg.* — Abscès du poumon à la suite d'une fracture de côtes. (Archives of Surgery, vol. XVIII, n° 1, janvier 1929.)

- Gillot-Saragino.* — Abscès du poudon post-rubéolique chez un enfant de quatre ans. Vaccinothérapie. (L'Algérie médicale, mars 1928.)
- Hainston.* — Treatment of Rung Abscess. (New-Orleans and Surgery. Journal n° 9, 1929.)
- Hutinel, Pichancourt, Collin.* — Abscès subaigu fétide du poudon. (Bulletin de la Société de pédiatrie, février 1929.)
- Sanas.* — Un cas d'abcès pulmonaire. (Spitalus, octobre 1929.)
- Jacquelin.* — Les abcès du poudon à pyogène. Etudes anatomo-clinique. Pronostic et traitement. (La Médecine, n° 7, mai 1929.)
- Kindberg.* — Les abcès du poudon. Masson, 1928. Recherches sur les spirochètoses putrides broncho-pulmonaires. (Soc. méd. des hôp., 4 mai 1928.)
- René Lefort.* — Thérapeutique chirurgicale. Le traitement des abcès intra-pulmonaires et interlobaires par l'incision et le drainage. (Le Nord médical, 15 septembre 1919, et Société nationale de chirurgie, 20 avril 1929.)
- Lefort, Lugeham et Mume.* — Abscès du poudon chez un enfant de neuf ans. (Nord médical, 15 mai 1929.)
- Lemienne et Rudolf.* — Grand abcès du poudon à pneumobacille de Friedland. (Soc. méd. des hôp., 21 juin 1929.)
- Lemienne et Konulsky.* — Un cas d'abcès amibien du poudon confondu avec une pleurésie interlobaire. (Soc. méd. des hôp., 13 janvier 1928.)
- Lemienne, Lew, Kindeberg et Holdo.* — A propos d'un cas de gangrène pulmonaire : Associations fuso-spirillaire ou spirochètes. (Soc. méd. des hôp., 27-4-1929.)
- M. Luigi Rio.* — Sopaa un caso di obcesso pulmonar puerperalda diplodao di Fraenkel. (La clinica obstetrica, fasc. 1 1928.)
- Mariano Caster, Heman, Gonzalez Ontanedo.* — A proposito de un caso de obceso pulmona. (La prensa medica n° 30, mai 1928.)
- Mintz.* — Un moyen de fortune pour remplacer le plombage paraffiné dans le traitement des abcès du poudon. (Zentrall fur Chirurgie, T. LV, 1^{er} septembre 1928.)
- Mærseh.* — Gratamiendo bromoscipio de los obcessos del poulm. (Gazeta medica espanola, enero 30, n° 40.)
- Nicolas.* — A propos d'un abcès amibien du poudon. (Bulletin de la soc. de Chir., 5 novembre 1929.)

- Nordmann.* — Trois cas d'abcès pulmonaires guéris. (La Loire médicale, janvier 1929.)
- Paisseau, Vialard et Oumanky.* — Absès du poumon et pleurésie interlobaire (Presse médicale, 1929, n° 49.)
- Pilod et Meersseman.* — Absès pulmonaire par corps étranger des voies respiratoires longtemps toléré. (Société de médecine militaire française, n°s 1 et 2, février et mars 1929.)
- Poinso.* — a) Les abcès pulmonaires fétides du poumon. (Thèse Montpellier, 1928.)
b) La thérapeutique des abcès du poumon (Marseille médical, 13 avril 1928.)
- Pratten and Foller.* — A case of lung. obcess. treated by artificial pneumothorax. (The Canadian Med. Ass. Journal, n° 6, juin 1929.)
- Rothery et Thuyer.* — Absès du poumon au cours d'une pneumonie. (Soc. méd. des hôp., 30-3-1929.)
- Frank Richard, Heniman and Franklin Welker.* — Lung obcess treated by bronchoscopy. (Medical Journal and Record, n° 7, octobre 1929.)
- Rougiel.* — Absès du poumon et pleurésie interlobaire (Ses-tout aîné, Bordeaux, 1929.)
- Shipley.* — Lung obcess. (Long-Island Med. Jour., mai 1928.)
- Shtekelis.* — Diverses méthodes de traitement des abcès du poumon. (Odessa ledih, juin 1929.)
- Stoclet.* — Traitement par l'émétine des abcès du poumon d'origine discutable. (Thèse Paris, 1929.)
- Tixier de Sèze.* — Absès streptococcique du poumon droit accompagné d'une pleurésie interlobaire séro-fébrineuse exaseptique. (Méd. des hôp, 11-1-1929.)
- Thaslenko.* — Administration intra-brachiale de médicaments pour des abcès du poumon. (Odessky méd., juin 1929.)
- Toulant.* — Absès métastatiques multiples du limbe (Algérie médicale, mars 1928.)
- Trefkovitch.* — Le traitement chirurgical des abcès du poumon. (Thèse, Paris, 1929.)
- Tudor Edward.* — Technique chirurgicale des abcès du poumon. (Presse médicale, 23 octobre 1929.)
- Wedel.* — Les résultats du traitement éméтинien dans un cas d'abcès pulmonaires multiples. (Archives de la Société des sciences médicale et biologique de Montpellier, juillet 1929.)

Vergier de Lumière. — Les abcès du poumon guéris spontanément après une vomique. (Cahiers de pratique médico-chirurgicale, 15 juin 1928.)

Werdlen et Heermann. — Abcès of the lung. (Amer. med. assoc., 22 septembre 1928.)

SUPPURATION PULMONAIRE (Travaux depuis 1928).

Bernard. — Le traitement des suppurations pulmonaires à pyogènes, par le chlorhydrate d'émétine. (Société médicale d'anatomoclinique de Lille, 3 décembre 1929.)

Bernard. — *Id.* (Journal des Sciences de Lille, n° 3, janvier 1929.)

Beyer. — Hémorragies récidivantes dans les suppurations chroniques. Deux observations de traitement par la ligature de l'artère pulmonaire. (Archives of Surgery, vol. XVIII, n° 1, janvier 1929.)

Bezançon. — Les éléments du diagnostic des suppurations pulmonaires. (La Médecine, n° 7, mai 1929.)

Budet. — Suppurations pulmonaires. (La vie médicale, 25 novembre 1929.)

Coquelet. — Réflexions à propos de 22 cas de suppurations pulmonaires. (Société clinique des hôpitaux de Bruxelles. Bruxelles médical, n° 34, 24 juin 1928.)

Coquelet. — *Id.* (Le Scalpel, 27 octobre 1928.)

Coquelet. — Traitement opératoire des suppurations pulmonaires. La méthode de Graham. La mnéopneumotrectomie progressive. (Archives franco-belges, tome XXXI, 4 avril 1929.)

Graham. — The bronchoscope and surgical treatment of pulmonary suppurations. (American revue of tuberculosis, janvier 1928.)

Guilleminet. — A propos d'un cas de suppuration pulmonaire à l'amydalectomie. (La vie médicale, novembre 1928.)

Hellmann. — Les méthodes modernes conservatrices de traitement dans le processus chronique d'inflammations purulentes des poumons. (Deutsche archiv. für Klen. tome CLX, 1^{er} et 2 juin 1928.)

Holman Chandler Cooley. Etude expérimentale sur les suppurations pulmonaires. (Surg. gyn. and obst., 1927, p. 328.)

Laugeim. — Diagnostic et traitement des suppurations pulmonaires. (Journal des Sciences médicales de Lille, 20 octobre 1929.)

- Laugeim.* — (Revue générale de médecine et de chirurgie de l'Afrique du Nord.)
- Michel-Léon Kindberg.* — Les suppurations pulmonaires et leur traitement. (Semaine des hôpitaux de Paris, 15 mars 1929.)
- Michel-Léon Kindberg.* — Les indications thérapeutiques dans les suppurations pulmonaires. (Pratique médicale française, mai 1929.)
- Malachier.* — Contribution à l'étude du radiodiagnostic des suppurations broncho-pulmonaires non-tuberculeuses. (Thèse de Paris, 1928.)
- Milhit.* — A propos de 6 cas de suppurations pulmonaires. (Société médicale des Hôpitaux, 26 octobre 1928.)
- Müller.* — Les suppurations thoraciques. (Surg. gyn. and Obst., vol. XLVI, février 1928.)
- Navarro Monférini Lawen.* — Suppuracione pleuro-broncho-pulmonare curades espontaneamente. (Sociedad Argentina de pediatria. «Sesion del 27 de junio de 1929.»)
- Newing.* — Lung suppuration. (The medical journal of australia, august. 1929, n° 8, p. 258.)
- Olmer et Luccioni.* — Suppuration pulmonaire. (Marseille médical, 25 juin 1929.)
- Olmer et Poinso.* — Introduction à l'étude des suppurations pulmonaires non-tuberculeuses. (Marseille médical, n° 4, 5 février 1928.)
- Olmer et Poinso.* — Que doit-on attendre de méthodes thérapeutiques dirigées contre les suppurations pulmonaires chroniques, en dehors des grandes interventions chirurgicales ? (Marseille médical, février 1928.)
- Olmer et Poinso.* — (Revue générale chirurgicale de l'Afrique du Nord, 15 décembre 1928.)
- Olmer, Poinso et Jacques.* — Suppuration pulmonaire fétide à évolution lente mais fatale. (Comité médical des Bouches-du-Rhône, 3 février 1928.) (Bulletin de l'Académie de médecine, n° 8, 26 février 1929.)
- Sergent, Baumgartner et Kourilsky.* — Les principes directeurs du traitement des suppurations pulmonaires.
- Truffert.* — Les suppurations pulmonaires chroniques. (Concours médical n° 10, mars 1929.)



